

O real impacto da DRC no atendimento primário: Vamos testar os especialistas

www.medscape.org/interview/ckd-primary-care-portuguese

Palestrante 1: Programa apresentado pela Medscape Education Global.

Dr. Peter Lin, The College of Family Physicians Canada (CCFP): Olá, sou o Dr. Peter Lin. Sou médico de família e diretor do setor de atendimento primário no Centro Canadense de Pesquisas do Coração em Toronto, no Canadá. Bem-vindos a este programa intitulado “O real impacto da DRC no atendimento primário: Vamos testar os especialistas.” Serão perguntas curtas, rápidas e pontuais, e espero ter respostas curtas, rápidas e pontuais também. E nosso especialista de hoje é Dave Cherney. Ele é um superespecialista, mundialmente conhecido e também um grande amigo. Ele é professor de medicina na Universidade de Toronto, cientista clínico da divisão de nefrologia da UHN. Ele também é cientista sênior no Hospital Geral de Toronto e é diretor da indústria de pesquisa do Laboratório de Fisiologia Renal da UHN em Toronto, Canadá. Bem, basicamente qualquer coisa que tenha a ver com o rim de alguma forma passou pelas mãos dele, e você vê o nome dele em muitas, muitas publicações. Bem-vindo Dave, muito obrigado pela sua disponibilidade hoje.

Dr. David Cherney, P.D., membro do Royal College of Physicians do Canadá (FRCPC): É um prazer estar aqui com você, Peter. Muito obrigado.

Dr. Lin: Fantástico. Bom, sei que o rim é um ótimo órgão e isso não é só porque você está sentado aqui, Dave. É um ótimo órgão no sentido de que ele apenas segue trabalhando. Ele nunca reclama, apenas continua funcionando. E como nunca se queixa, acho que a doença renal crônica(DRC) é muito subdiagnosticada ou diagnosticada em estágios muito avançados. Acho que esse programa é muito útil porque estamos procurando opções do que podemos fazer para identificar os pacientes e, mais importante, tratá-los para que possamos prevenir a DRC e evitar todas essas complicações. Então, Dave, eu sei que você vive e respira rins. Para nós, é um dos órgãos. Vamos começar com, digamos, quão comum é a DRC pelo mundo?

Dr. Cherney: Muito obrigado pela pergunta, Peter. Bem, a doença renal crônica infelizmente é muito comum, e estima-se que aproximadamente 700 milhões de pessoas em todo o mundo tenham doença renal crônica. E a doença renal crônica é importante por causa de suas associações com outras doenças sobre as quais falaremos hoje, incluindo doenças cardiovasculares e aumento do risco de morte ao longo do tempo. A doença renal crônica também está associada à diminuição da qualidade de vida e, como mencionei, ao excesso de mortalidade, portanto, à redução da expectativa de vida. E em estudos grandes, incluindo mais de 7 milhões de pessoas em todo o mundo, estima-se que cerca de 13% dos pacientes em todo o mundo tenham algum estágio de doença renal crônica, portanto, do estágio 1 ao estágio 5. O estágio 1 é, obviamente, a função renal mais preservada, sendo o estágio 5 a forma mais grave de doença renal em relação ao nível de necessidade de diálise.

E cerca de 10% das pessoas em todo o mundo têm doença renal crônica estágio 3 a 5. Portanto, clinicamente significativo, estágio 3. Isso é uma TFG de 60 ou menos, o que significa que é uma doença extremamente comum em todo o mundo.

Dr. Lin: São números altíssimos que você está falando. E você começou a falar sobre o impacto da DRC nos pacientes. Então, que tipo de impacto essa doença tem em nossos pacientes?

Dr. Cherney: Sim, a doença renal crônica é de fato uma das principais causas de morte em todo o mundo, e a taxa de mortalidade global associada à doença renal crônica aumentou nas últimas 2 a 3 décadas. Isso está se tornando um problema cada vez mais importante ao longo do tempo. E uma das principais razões pelas quais a doença renal crônica está associada a um risco aumentado de doença cardiovascular e à mortalidade é que existem muitos mecanismos comuns e efeitos nocivos da doença renal, que afetam o rim e também afetam o sistema cardiovascular. O diabetes tipo 2 é um deles, e os altos níveis de açúcar no sangue associados estão ligados a lesões nos rins e doenças cardiovasculares. Mas também existem outros fatores, incluindo retenção de sal e água, hipertensão e outros fatores que danificam tanto o rim quanto o coração e causam essa conexão e associação em termos de mortalidade e risco.

E outra coisa importante a se mencionar é que a doença renal não está apenas associada a doenças cardiovasculares, mas também a muitas outras doenças. Está associada a doenças ósseas, anemia, anormalidades nos eletrólitos, incluindo hipercalemia e outros fatores que tornam muito complexo o manejo desses pacientes. A outra coisa a se pensar em pacientes com doença renal é procurar todas essas complicações, principalmente na ponta do iceberg onde os pacientes atingiram o estágio 5 da doença renal.

Dr. Lin: Isso significa que a doença renal por si só está causando muitos danos, pessoas morrem disso, mas se além de outras doenças você tem doença renal, isso torna as outras doenças muito piores. Você mencionou algo sobre o diabetes ser uma das populações que deveríamos triar. Em que outros pacientes devemos nos concentrar em termos de triagem para doença renal?

Dr. Cherney: Sim, esse é um ótimo ponto. Eu mencionei o diabetes tipo 2 porque o diabetes tipo 2 representa algo em torno de 40% dos pacientes que acabam em diálise ou precisam de um transplante. Portanto, o diabetes tipo 2 é extremamente importante e, provavelmente, é o fator isolado mais comum que leva à doença renal em estágio final. Mas há muitos outros fatores que também são importantes. Esses outros fatores de risco incluem pressão alta, ter doença cardiovascular por si só também aumenta o risco de doença renal porque se o coração está doente, então o coração não consegue bombear sangue suficiente para os rins, e os rins ficam famintos por oxigênio e nutrientes e isso também pode causar prejuízo à função renal ao longo do tempo. Existem também doenças familiares e hereditárias que causam doença renal crônica. Doença renal policística, por exemplo, e outras doenças renais hereditárias.

E os pacientes que tiveram lesões renais anteriores por complicações de cirurgia ou outras condições médicas também correm alto risco de perda futura da função renal com o passar do tempo. E ainda há outros grupos de alto risco. As doenças renais inflamatórias infelizmente também são bastante comuns. Em algumas partes do mundo, também há exposições ocupacionais de alto risco que são importantes a serem consideradas. Então, não é só diabetes, existem outras causas também, principalmente hipertensão, doenças cardiovasculares e doenças inflamatórias renais.

Dr. Lin: Acho que você mencionou todos os pacientes que normalmente atendemos em nosso consultório. Além da pessoa muito saudável que vem apenas para o check-up anual ou algo do tipo, você basicamente mencionou todos eles, o que significa que devemos ter doença renal no topo da nossa lista de coisas que devemos fazer. E quais exames devemos fazer para triar esses pacientes para doença renal crônica? O que podemos fazer no atendimento primário, por exemplo?

Dr. Cherney: Com nível de função renal de até mais ou menos 30%, os pacientes geralmente não apresentam muitos sintomas. Eles podem ter pressão arterial mais alta, podem ter risco cardiovascular, mas clinicamente a doença renal em si é muitas vezes silenciosa. Portanto, é necessário fazer alguns exames, incluindo exames de sangue e urina para identificar a doença renal, assim como a gravidade. Felizmente, esses exames são bem fáceis de fazer. Resumem-se a um exame de sangue ou um exame de urina. O exame de sangue é o de TFG a partir de um nível de creatinina e, depois, na urina é uma relação albumina-creatinina ou RAC, que também identifica pacientes em risco.

Em pessoas com diabetes tipo 2, por exemplo, esses exames devem ser feitos uma vez por ano pelo menos para identificar os pacientes por meio de mecanismos de triagem e, em seguida, em pacientes com graus mais graves de disfunção renal, esses exames geralmente devem ser feitos com mais frequência de acordo com a gravidade da doença renal para ver a rapidez com que está progredindo.

Dr. Lin: Essa é uma boa diretriz. Agora você nos falou sobre a TFG e depois a relação albumina creatinina. Como podemos juntá-las?

Dr. Cherney: Sobre juntar esses números em termos de pontuação, temos esse mapa de calor que as recomendações do KDIGO elaboraram, e que eu gosto porque mostra onde devemos nos preocupar menos e onde devemos nos preocupar mais. Também nos diz um pouco sobre como monitorar e acompanhar os pacientes.

No caso de pacientes que apresentam menor risco em verde, são pacientes com baixos níveis de albuminúria e TFG preservada. Esses pacientes geralmente precisam ser acompanhados com muito menos frequência, geralmente não precisam ser encaminhados a um nefrologista, e o tratamento costuma ser menos agressivo nesses pacientes. E à medida que vamos do verde para o amarelo, da cor mostarda para o vermelho, é claro que esses são os pacientes com os quais temos que nos preocupar muito mais, e que temos que monitorar com muito mais frequência. Por exemplo, em pacientes que estavam nos quadrados vermelhos, teríamos que acompanhar 3, talvez 4 vezes por ano, principalmente quando os pacientes chegam ao estágio 5 da DRC. E nesses pacientes nos quadrados vermelhos, também temos que pensar, se há outras complicações da doença renal? Eles têm anemia que temos que tratar com ferro ou com estimulantes de eritropoietina? Eles têm uma acidose metabólica que temos que corrigir? Têm fosfato no cálcio e na vitamina D, pois os rins são, obviamente, responsáveis pela saúde dos ossos? Então, esses são todos os pontos que devemos levar em consideração ao olhar para este mapa de calor e não apenas pensar no nível de gravidade, mas também em como devemos agir para reduzir o risco e também reduzir o impacto de outras complicações que podem se desenvolver em pacientes que têm doença renal como o principal problema apresentado.

Dr. Lin: Sim, esse é um bom ponto. Então, com esses 2 números, eles formam 2 eixos, a TFG e também a albumina na urina. E felizmente eles fizeram um código de cores que todos nós entendemos, vermelho é ruim e verde é bom. Havia também uma calculadora de risco de algum tipo que você mencionou antes.

Dr. Cherney: Sim, existem maneiras de calcular qual é o risco futuro de progressão e risco futuro de diálise, e existem diversas calculadoras disponíveis, mas uma das mais comuns é a equação KFRE, desenvolvida para entender qual o risco em 1 ano, 5 anos, e mesmo em prazo mais longo de doença renal em termos de necessidade de diálise. Você pode acessar o site da equação KFRE e inserir números, incluindo idade, sexo, TFG e excreção de albumina na urina, e isso dá uma ideia de qual é o risco em 1 e 5 anos de doença renal em estágio terminal.

E é importante, pois os pacientes que têm um certo limiar de progressão da doença renal, algo em torno de 10%, geralmente são qualificados para outros tipos de atendimento. Muitas vezes eles são qualificados para ser atendidos em uma clínica renal multidisciplinar, onde há um médico, enfermeiros, farmacêutico, assistente social e outros profissionais de saúde aliados, que estão disponíveis para ajudar a fornecer estratégias para educar nossos pacientes sobre sua doença renal e como preveni-la, e também ajudá-los se a doença renal progredir para garantir que estejam prontos para diálise ou transplante. Portanto, esses números são importantes para entender o risco, mas também ajudam a nortear a terapia e obter mais atendimentos para nossos pacientes em muitos lugares do país.

Dr. Lin: Essa é realmente uma boa maneira de resumir isso. E então, uma vez que identificamos essas pessoas, quais são os tratamentos que podemos fazer? Acho que a maioria de nós foca na pressão arterial e nos inibidores da ECA ou algo assim, mas qual é a infinidade de tratamentos agora disponíveis para nossos pacientes renais?

Dr. Cherney:

Vamos pensar em termos de 2 grandes categorias. Uma são as mudanças de estilo de vida, e a outra são as terapias farmacológicas. Em termos de mudanças no estilo de vida, são todas as coisas que normalmente recomendamos para uma boa saúde cardiovascular. Essas recomendações também se aplicam aos rins por causa da interação e interconexão entre fatores que causam doença renal e doença cardiovascular. Portanto, isso inclui parar de fumar. Manter uma dieta saudável e adequada para os rins também é importante, assim como um peso saudável. Sabemos que a obesidade está associada à lesão renal e à albuminúria e, portanto, a perda de peso costuma ser uma estratégia importante para reduzir a progressão da doença renal, incluindo praticar exercício regularmente. E, por último, evitar alguns desses medicamentos nefrotóxicos ou outros agentes, incluindo AINEs, anti-inflamatórios, bem como fitoterápicos e outras substâncias que podem lesionar os rins. Isso é sobre o estilo de vida. E do lado farmacológico médico, sabemos que o controle da pressão arterial é importante. O controle do diabetes também é absolutamente crítico, tanto via estilo de vida quanto via terapias farmacológicas. Inibidores da ECA ou bloqueadores da angiotensina, são importantes para o controle da pressão arterial e também para reduzir a proteinúria e a progressão da doença renal.

E, mais recentemente, temos inibidores de SGLT2 para pessoas com e sem diabetes para prevenir a progressão da doença renal. E então, por último, temos antagonistas dos receptores mineralocorticoides, como a finerenona, que também demonstraram ser benéficos em pessoas com diabetes tipo 2 que têm doença renal, também há evidências significativas mostrando uma redução no risco cardiovascular e renal. Portanto, essas são algumas das intervenções médicas importantes, além de controlar o risco cardiovascular com estatinas e outras terapias que normalmente usaríamos em pacientes com diabetes tipo 2.

Dr. Cherney:

Então, na sua perspectiva, se eu puder fazer uma pergunta sobre o acompanhamento, recebemos todos os tipos de encaminhamentos sobre acompanhamento de pacientes com doença renal com diferentes níveis de TFG e de albuminúria. Como decidir quando consultar um nefrologista?

Dr. Lin:

Quando eu fico sem cartas na manga, então eu encaminho o paciente, pois não sei mais o que fazer. Se eu certamente vir algo anormal, que não esteja no script, digamos, da doença renal diabética normal, esse declínio progressivo lento, se eu vir uma queda repentina na TFG ou uma grande quantidade de proteína na urina que não posso explicar, sangue na urina, ou se, digamos, que a hipertensão não está respondendo agora, está resistente, estamos falando de uma causa secundária de hipertensão, esse tipo de coisa. Se houver hipercalemia, potássio tão alto a ponto de não fazer sentido, isso é letal. Portanto, temos que encaminhá-los.

Se um paciente tem muitas pedras nos rins, na verdade descobrimos muitos tumores hormonais da paratireoide depois que os encaminhamos. E a doença renal hereditária, como você mencionou, que ocorre nas famílias, essas são coisas que não são de rotina. Então, nesses casos, eu falo para o Dave: "Tome aqui, leve meu paciente". Espero não estar sobrecarregando você, mas pelo menos estou repassando os que acho que precisam de cuidados especiais. E então aqueles casos de rotina, doença renal diabética, casos de hipertensão, coisas que sabemos como manejar, podemos fazer isso.

Vi que nosso tempo se esgotou e, Dave, poderíamos ficar mais uma hora conversando com você com todo seu conhecimento, mas vamos resumir o que aprendemos com você nesses poucos minutos. A DRC é comum e é silenciosa, então precisamos ir atrás dela. Devemos focar em triar os pacientes, como você mencionou, com diabetes, hipertensão, pacientes com doenças cardiovasculares, histórico familiar de doença renal, lesão renal aguda ou qualquer doença que prejudique os rins, como por exemplo lúpus, exposição a substâncias químicas. Em outras palavras, nós devemos pensar em avaliar a função renal de muitos de nossos pacientes.

E devemos fazê-lo com uma TFGe, que analisa a velocidade, e uma relação albumina-creatinina, que analisa a qualidade da filtração. E devemos usar esse mapa de calor para saber onde eles estão, não apenas para nos dizer que tipo de doença renal e qual risco correm, mas também o que temos que fazer por eles. Em outras palavras, para impedir que a doença progrida. E essa calculadora de risco é bem legal. Eu gosto de você dizendo que podemos conseguir mais recursos se também soubermos a pontuação de risco.

Evitar AINEs, agora levei isso a sério para garantir que os pacientes não estejam tomando. E você também reenfatizou a necessidade de inibir o SRAA, então inibidores da ECA, BRAs e, claro, antagonistas de SGLT2 e aldosterona são os novos que estão chegando, que podemos usar em nossos pacientes, e se fizermos isso desde o início, nós podemos evitar todas essas complicações. E claro, quando fico sem cartas na manga e os pacientes pioram, então eu os encaminho. E sempre é certo encaminhar quando você não sabe o que fazer.

Bem, Dave, muito obrigado por sua disponibilidade e seus conhecimentos e por todo o trabalho científico que você faz e por traduzi-lo para os pacientes e, mais importante, traduzi-lo para nós. E obrigado aos nossos participantes por assistirem, e peço que nos ajudem a melhorar nossos programas respondendo a apenas algumas perguntas e preenchendo os formulários de avaliação. Isso nos ajuda muito a melhorar a qualidade dessas apresentações. Obrigado novamente pelo seu tempo, obrigado Dave, e até o próximo evento.

Palestrante 1: Programa apresentado pela Medscape Education Global.

Esta transcrição não foi editada.

Aviso legal

Este documento destina-se exclusivamente a fins educacionais. Não serão dados créditos de educação médica continuada (CME) pela leitura do conteúdo desse documento. Para participar desta atividade, acesse www.medscape.org/viewarticle/982486

Para perguntas relacionadas com o conteúdo desta atividade, entre em contato com o seu responsável no endereço: CME@webmd.net.

Para assistência técnica, entre em contato com CME@medscape.net

A atividade didática apresentada acima pode conter quadros clínicos simulados baseados em casos reais. Os pacientes apresentados nestes contextos são fictícios e não há, nem deve haver, intenção de fazer nenhuma associação com algum paciente real.

O material apresentado aqui não necessariamente reflete as opiniões do Medscape, LLC, ou das empresas que apoiam o programa educativo no site medscape.org. Estes materiais podem versar sobre produtos terapêuticos que não foram aprovados pela *Food and Drug Administration* dos EUA e sobre utilizações que não constam nas bulas dos medicamentos de produtos aprovados. Um profissional de saúde qualificado deve ser consultado antes de usar qualquer produto terapêutico mencionado. Os leitores devem verificar todas as informações e dados antes de tratar pacientes ou utilizar qualquer terapia descrita nesta atividade educacional.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC